

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

被保険者が記入する欄	被保険者氏名	フリガナ		被保険者証 記号・番号	記号		
	生年月日	年 月 日			番号		
	認定対象者の氏名		認定対象者の生年月日	年 月 日		被保険者との続柄	
	認定対象者の住所	〒 -					
	疾病名						

内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。

医師の証明欄	上記認定対象者が疾病名()のため、 年 月 日より治療中であることを証明します。						
	令和 年 月 日						
	医療機関		所在地				
	名称						
	医師名						
電話 - -							

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -

被保険者 住所

氏名

電話 - -

田辺ファーマ健康保険組合理事長殿

2025.11.01

- * 上記記入欄の「疾病名」において 2. 人工透析治療を行う必要のある慢性腎不全に○印をつけられた方は
- ・CAPD(自己連続携行式腹膜灌流)導入期間も含めて、医師の証明を添付してください。
 - ・市区町村などで医療費の一部または全額を免除されている場合、「障害者医療証」などの写しを添付してください。